

Calidad de vida aplicada a Neumología

T. Elías Hernández

INTRODUCCIÓN

La idea que el médico adquiere del enfermo una vez realizada la historia clínica se fundamenta en los datos que le aporta el propio paciente, los datos de la exploración física y los resultados de todos los estudios complementarios realizados. Sin embargo, la visión que el paciente tiene de sí mismo y de su enfermedad no necesariamente tiene que coincidir, y en muchos casos no coincide, con la que tiene el médico. Muchas veces no se tienen en cuenta aspectos ligados a la personalidad del individuo, cómo vive su enfermedad y sus síntomas, como lucha frente a la discapacidad ó cómo se enfrenta a la discapacidad que la enfermedad le provoca. En este sentido, la medicina está cambiando y actualmente es también trascendente cómo se siente el paciente, y no sólo cómo los médicos creemos que deberían sentirse en función de las medidas objetivas obtenidas. Estamos por lo tanto asistiendo a una mayor individualización de los objetivos terapéuticos, centrándonos en aspectos más relacionados con la calidad de vida y no sólo en la supervivencia.

El interés médico en la calidad de vida viene motivado por el hecho de que el paciente no sólo desea vivir, sino vivir con las mejores condiciones posibles de salud. En los últimos años se ha introducido cada vez con más fuerza el concepto de "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS) como

una aproximación multidimensional que aborda todos los aspectos de cada individuo y que nos permite conocer y tratar mejor a los enfermos. El término CVRS designa los juicios de valor que un paciente realiza acerca de las consecuencias de su enfermedad o su tratamiento, y la definiríamos como la evaluación del impacto que produce la enfermedad en la vida de la persona desde su propia perspectiva. De esta forma se incluyen tanto aspectos físicos como psicosociales ligados a la enfermedad, ya que se explora cómo se siente el paciente en relación a la enfermedad y a la limitación que ésta le produce¹. Se trata por lo tanto de un concepto unipersonal, multideterminado (actitud frente a la vida, creencias, actividad laboral, etc) y que no siempre coincide con las estimaciones realizadas por el médico.

INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA CVRS

Los cuestionarios de calidad de vida son instrumentos diseñados para poder cuantificar el deterioro de la salud del paciente. Se trata de dar una puntuación que represente la distancia existente entre el estilo de vida actual del sujeto ligado a su enfermedad y el estilo de vida deseado. El problema está en que habría que medir esa distancia utilizando un método que fuese reproducible, válido, capaz de detectar cambios y útil en la práctica clínica.

Existen dos tipos de cuestionarios para evaluar la CVRS: genéricos y específicos. Los genéricos están diseñados para su empleo en pacientes con diferentes patologías, por lo que cubre un amplio rango de dimensiones, permite realizar comparaciones entre grupos de pacientes con distinta enfermedad y facilitan la detección de problemas o efectos inesperados. Como principal desventaja con respecto a los específicos encontramos su menor sensibilidad para detectar cambios. En la tabla I se exponen los cuestionarios genéricos más utilizados. Los cuestionarios específicos están específicamente diseñados para una determinada enfermedad ó sintoma, por lo que son más sensibles en la detección de los efectos de las intervenciones terapéuticas. Además, son mejor aceptados por los pacientes ya que incluyen sólo aquellas dimensiones relevantes para su patología. En las tablas II y III se exponen los cuestionarios específicos más utilizados en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.

Todos los cuestionarios de CVRS han sido desarrollados en países de habla inglesa. Para su uso en España han de ser adaptados y valoradas las características métricas de la nueva versión, ya que si lo que se realiza es una simple traducción, es poco probable que la versión obtenida sea equivalente a la original. Se recomienda por lo tanto realizar una traducción directa e inversa, con comité de expertos y panel de pacientes.

A continuación vamos a comentar los cuestionarios de CVRS que tiene una versión en español y que son utilizados con mayor frecuencia en nuestro medio.

Cuestionarios genéricos

1. Cuestionario de salud SF-36²: es un instrumento genérico que consta de 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud proporcionando un perfil del mismo: función física, función social, limitaciones del rol: problemas físicos, limitaciones del rol: problemas emocionales, bienestar o salud mental, vitalidad, dolor, evaluación general de la salud y percepción de la salud general. Es un cuestionario autoadministrado que se realiza en unos 10 minutos. Para cada dimensión los ítems son

codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Se calculan dos puntuaciones resumen: para la salud física y para la salud mental. Existen dos versiones: <<versión estándar>>: 4 semanas anteriores, y <<versión aguda>>: la semana anterior.

2. Perfil de las consecuencias de la enfermedad (PCE) ó Sickness Impact Profile (SIP)³: es un cuestionario diseñado para pacientes con algún tipo de disfunción o discapacidad de moderada a severa provocada por una enfermedad. Consta de 136 ítems agrupados en 12 categorías. De éstas, siete pueden agruparse en dos dimensiones, una física y otra psicosocial, y cinco son independientes. La dimensión física comprende las categorías: movilidad, desplazamiento, y cuidado-y-movimiento corporal. La dimensión psicosocial: relaciones sociales, actividad intelectual, actividad emocional y comunicación. Las cinco categorías restantes son: dormir y descansar, comer, entretenimientos-y-pasatiempos, trabajar y tareas domésticas. El paciente marca sólo los ítems que describen su estado de salud en el día de hoy y que están relacionados con su enfermedad. Cada ítem tiene un valor relativo distinto que representa la preferencia de los individuos por un determinado nivel de disfunción. La puntuación total se calcula sumando la puntuación de cada ítem. Puede obtenerse una puntuación por categoría, una puntuación agregada para las dimensiones física y psicosocial, y una puntuación global para todo el perfil. El cuestionario puede ser administrado por un entrevistador o autoadministrado, siendo el tiempo de administración aproximado de 30 minutos.
3. Perfil de Salud de Nottingham (PSN) ó Nottingham Health Profile (NHP)⁴: es un instrumento genérico para la medida del sufrimiento (distress) físico, psicológico y social asociado a problemas médicos, sociales y emocionales, y del grado en que dicho sufrimiento interrumpe la vida de los individuos. Consta de dos partes. La primera está formada por 38 ítems

Tabla I. Cuestionarios genéricos de calidad de vida relacionados con la salud

Instrumento	Autor	Nº items	Método de administración	Versión española
SF-36	Ware JE	36	Autoadministrado	Si
NHP	Hunt SM	38	Autoadministrado Entrevista, Teléfono	Si
SIP	Wilson BS	136	Autoadministrado Entrevista, Teléfono	Si
QWB	Fanshel S	22	Entrevista	Si
ISH	Van Schayck CP	21	Entrevista	-
MOS-20	Stewart AL	20	Autoadministrado	-

NHP: Nottingham Health Profile; SIP: Sickness Impact Profile. QWB: Quality of Well-Being; ISH:Inventory of Subjective Health; MOS-20: Medical Outcomes Study-20.

Tabla II. Cuestionarios específicos de calidad de vida relacionada con la salud para pacientes con EPOC.

Instrumento	Autor	Nº items	Método de administración	Versión española
AQ 30/20	Quirk F, Jones P	30/20	Autoadministrado	-
BPO	Hyland ME	10/30	Autoadministrado	-
CCQ	Van der Molen T	10	Autoadministrado	Si
CRQ	Guyatt	20	Entrevista	Si
PFSDQ	Lareau S	164	Autoadministrado	-
PFSDQ-M	Lareau S	40	Autoadministrado	Si
SGRQ	Jones PW	20	Autoadministrado, Entrevista	Si
SOLQ	Tu SP	29	Autoadministrado	-
QOL-RIQ	Maille	55	Autoadministrado	-
PFSS	Weaver	35	Autoadministrado	-
RQLQ	Stavem	20	Autoadministrado	-

AQ 30/20: Airways Questionnaire 30/20; BPO:Breathing Problems Questionnaire; CCQ: Clinical COPD Questionnaire; CRQ: Chronic Respiratory Questionnaire; PFSDQ: Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire; PFSDQ-M: versión reducida del Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire; SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire; SOLQ: Seattle Obstructive Lung Disease; QOL-RIQ: Quality of life For Respiratory Illness Questionnaire; PFSS: Pulmonary Functional Status Scale; RQLQ: Respiratory Quality of Life Questionnaire.

pertenecientes a seis grandes dimensiones de la salud: energía, dolor, movilidad física, relaciones emocionales, sueño y aislamiento social. Los items representan diferentes estados de salud. Los sujetos deben contestar para cada uno de ellos si son aplicables a su persona mediante respuesta "Si/No". La segunda parte consiste en siete preguntas sobre la existencia de limitaciones a causa de la salud en siete actividades funcionales de la vida diaria: en el trabajo, la tareas domésticas, la vida social, la vida

familiar, la vida sexual, las aficiones y el tiempo libre. El cuestionario es más adecuado para pacientes con un cierto nivel de afectación del estado de salud. Es autoadministrado en un tiempo promedio de 10 minutos. Se puntúa en cada dimensión. Las respuestas positivas de cada dimensión se multiplican por el valor ponderal, se suman y se transforman en una puntuación de 0 (mejor estado) a 100 (peor estado). También se puede utilizar el porcentaje de respuestas positivas en cada dimensión.

Tabla III. Cuestionarios específicos de calidad de vida relacionada con la salud para pacientes adultos con asma.

Instrumento	Autor	Nº ítems	Método de administración	Versión española
AAQ	Sibbald B	31	Autoadministrado	-
ABP	Hyland ME	22	Autoadministrado	-
ACQ	Juniper E	7	Autoadministrado	Si
AQLQ	Juniper E	32	Autoadministrado, entrevista, telefónica,	Si
AQLQ-NAA	Gupahup GV	19	Autoadministrado	-
ASC	Kinsman R	36	Autoadministrado	Si
ASES	Tobin DL	80	Autoadministrado	-
ASUI	Revicki DA	11	Autoadministrado	-
KASE-AQ	Winder JA	60	Autoadministrado	-
LWAQ(AQ4)	Hyland ME	68	Autoadministrado	-
QLQ-asthma	Brown DT	20	Autoadministrado	-
SGRQ	Jones PW	20	Autoadministrado, Entrevista	Si
AIR	Letrait M	63	Autoadministrado	-

AAQ: *Attitudes to Asthma Questionnaire*; ABP: *Asthma Bother Profile*; ACQ: *Asthma Control Questionnaire*; AQLQ: *Asthma Quality of Life Questionnaire*; AQLQ-NAA: *Asthma Quality of Life Questionnaire for Native American Adults*; ASC: *Asthma Symptom Checklist*; ASES: *Asthma Self-Efficacy Scale*; ASUI: *Asthma Symptom Utility Index*; KASE-AQ: *Knowledge, Attitude and Self-Efficacy Asthma Questionnaire*; LWAQ: *Living With Asthma Questionnaire*; QLQ-asthma: *Quality of Life Questionnaire Asthma*; SGRQ: *St George's Respiratory Questionnaire*; AIR: *Asthma Impact Record Index*.

Cuestionarios específicos

1. Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica (The Chronic Respiratory Disease Questionnaire, CRQ)⁵: este cuestionario fue diseñado por Guyatt et al en 1987 con el objetivo de cuantificar el impacto de los problemas de salud de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y sobre todo, cuantificar los cambios tras una intervención terapéutica que inicialmente fue la rehabilitación respiratoria. Con este cuestionario se valora la afectación física y psicoemocional de los pacientes con EPOC. Consta de 20 ítems divididos en cuatro áreas o dimensiones: disnea (5 ítems), fatiga (4 ítems), función emocional (7 ítems) y control de la enfermedad (4 ítems). Cada ítem tiene una escala de respuesta tipo Likert con 7 posibilidades. El cuestionario consta además de una lista de actividades que potencialmente pueden producir disnea y que sirven de orientación al paciente para definir actividades de la vida diaria que le causan disnea, aunque el enfermo puede elegir otras. El cuestionario ha de ser administrado por un entre-

vistador entrenado. La primera entrevista es de 20-30 minutos de duración y las sucesivas de 15-20 minutos. El periodo mínimo entre dos entrevistas debe ser de 15 días. La puntuación de los ítems es sumatoria, expresada por áreas y en relación al número de ítems de cada una de ellas, obteniéndose un valor entre 1 y 7: alta puntuación traduce mejor función y baja puntuación peor función. Este cuestionario ha sido utilizado como instrumento para detectar los cambios en el estado de salud en distintos estudios: programas de rehabilitación, uso de broncodilatadores, corticoides inhalados, oxígeno líquido, ventilación a presión positiva y entrenamiento de los músculos respiratorios. El mayor inconveniente en la práctica de este cuestionario es la necesidad de entrevistador. Para obviarlos, se ha diseñado una nueva versión autoadministrada⁶ (CRQ-SR) con la que se han obtenido resultados similares, si bien los autores desaconsejan que ambos instrumentos se utilicen indistintamente.

2. Cuestionario respiratorio St. George (St. George's Respiratory Questionnaire, SGRQ)⁷: es un

cuestionario diseñado para cuantificar el impacto de la enfermedad de las vías aéreas en el estado de salud y el bienestar, percibido por los pacientes respiratorios (EPOC y asma). Al ser además un cuestionario sensible, refleja también los cambios en la actividad de la enfermedad. Consta de 50 ítems divididos en tres escalas: síntomas, actividad e impacto. Los ítems de la escala de síntomas se refieren a la frecuencia y severidad de los síntomas respiratorios. Los ítems de la escala de actividad valoran la limitación de las actividades debidas a la disnea. En la escala de impacto se valoran las alteraciones psicológicas y de funcionamiento social producidas por la enfermedad. Los ítems están formulados de dos formas diferentes: en forma de pregunta con 5 opciones de respuesta, de las que sólo se puede elegir una; y en forma de frase con dos opciones: sí/no. El cuestionario es preferentemente autoadministrado, aunque es aceptable también mediante entrevista personal. El tiempo promedio de realización es de 10 minutos. La puntuación se calcula para cada una de las escalas del cuestionario y también una puntuación global. El recorrido de todas ellas es de 0 (peor estado) a 100 (mejor estado posible). En el cálculo de la puntuación hay que tener en cuenta que se aplican pesos a las respuestas, por lo que el procedimiento resulta bastante complejo y se necesita la ayuda del ordenador. En este cuestionario las puntuaciones más altas indican una peor calidad de vida. Existen normas poblacionales de referencia obtenidas en sujetos normales sin historia de enfermedad respiratoria en Inglaterra. En España, se han obtenido valores de referencia en la población general dentro del proyecto IBERPOC.

3. The Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)[®]: desarrollado por Juniper, es un cuestionario de 32 ítems, disponible tanto para ser administrado por un entrevistador como en forma autoadministrada. Las preguntas corresponden a 4 dimensiones de la salud: limitación de actividades habituales (11 ítems), síntomas (12 ítems), función emocional (5 ítems) y estí-

mulos ambientales (4 ítems). Cinco de los ítems de limitación de las actividades o funciones son individualizados para cada paciente. Por ello, el paciente identifica aquellas cinco actividades en las que se ve más limitado por el asma en su vida cotidiana, primero de forma espontánea y después considerando una lista de actividades habituales que se les presenta como recordatorio. Las opciones de respuesta para cada ítem se sitúan en una escala equidistante de 7 puntos, donde 1 corresponde a la máxima discapacidad y 7 a la ausencia de discapacidad. Para cada paciente se obtiene una puntuación global, que es la media de todos los ítems, y una puntuación para cada dimensión, que es la media de los ítems correspondientes.

Interpretación de las puntuaciones de la CVRS

Un aspecto de la medición de la CVRS es cómo interpretamos desde el punto de vista clínico las puntuaciones obtenidas y los cambios tras una intervención terapéutica. En el caso de los cuestionarios específicos la estrategia de interpretación más utilizada ha sido el concepto de "mínima diferencia clínicamente importante". Este concepto ha sido definido como "la mínima diferencia en una puntuación en una dimensión de interés que el paciente percibe como beneficiosa y que, en ausencia de efectos secundarios y/o excesivo coste económico, justificaría un cambio en el manejo clínico del paciente". En el caso de CRQ se considera una puntuación mínima de 0.5 por área como la que se relaciona con una diferencia notable para el paciente. En el SGRQ se considera clínicamente significativa una diferencia de 4 puntos. La estrategia de interpretación más utilizada por los cuestionarios genéricos es la de utilizar normas poblacionales de referencia, que dan sentido a la puntuación obtenida al situarla a una determinada distancia respecto del valor medio esperado.

CVRS y EPOC

En el paciente con EPOC la cronicidad de la enfermedad que padece lleva implícito un gran componente psicológico y social, tanto para el

paciente como para el médico. Psicológico por lo que la propia aceptación o negación de la enfermedad condicionará la evolución del proceso, y social por el impacto que sobre los familiares y sobre el mundo laboral tiene cualquier enfermedad que cursa con tendencia a la invalidez. En estos pacientes se mezclan constantemente facetas que podrían corresponder a la vertiente orgánica y funcional. Por ejemplo, la hipoxemia puede alterar áreas del sistema nervioso central que interfieren en el estado vigilia/sueño, lo que se traduce en una mayor labilidad psíquica. Es evidente, por lo tanto, que en la EPOC como en otras enfermedades crónicas limitantes, las medidas fisiológicas de uso habitual en la evaluación de los pacientes no proporciona toda la información necesaria para conocer el estado de salud del paciente. La utilización de cuestionarios de calidad de vida específicos para esta enfermedad han demostrado que la correlación entre la calidad de vida y los parámetros de valoración objetiva no es muy buena. Así la correlación con el FEV₁, el atrapamiento aéreo y la pO₂ es leve ó moderada, siendo mejor la correlación con la capacidad de ejercicio y el grado de disnea⁹. Debido a la baja correlación existente entre el FEV₁ y la CVRS, la medida de esta última puede objetivar los beneficios de una intervención terapéutica cuando ésta no se acompaña de una mejoría de los parámetros fisiológicos. Tal es el caso de la rehabilitación respiratoria¹⁰, que produce una mejoría en la CVRS sin que mejore la función pulmonar. Al introducirse la valoración de este parámetro y objetivarse una mejoría tras dicha intervención terapéutica, se ve que los pacientes se benefician de un tratamiento efectivo que de otra forma se hubiera considerado inefectivo. De la misma forma puede ocurrir que exista mejoría en los parámetros fisiológicos y no en la CVRS, como ocurre con la oxigenoterapia domiciliaria. En estos casos la información también es útil a la hora de planificar el tratamiento al enfermo.

En cuanto a los estudios comparativos entre cuestionarios específicos se ha visto que el CRO y el SGRQ presentan propiedades métricas parecidas, aunque con resultados ligeramente mejores para el SGRQ en las propiedades discriminativas transversales¹¹. El AQ20, aunque menos evaluado

presentó propiedades paramétricas similares al CRO y al SGRQ, pero con una mayor facilidad de administración y puntuación, lo que lo haría más adecuado para su uso en la práctica clínica¹². En relación a los cuestionarios genéricos tanto el NHP como el SF-36 muestran características muy similares. Al ser los cuestionarios específicos más sensibles a los cambios y lo genéricos reflejar mejor el impacto de otros problemas de salud asociados, como estrategia óptima en la valoración del EPOC se recomienda la utilización conjunta de un instrumento genérico y uno específico.

CVRS y asma

El asma es una enfermedad crónica, de elevada prevalencia en la población general, que se caracteriza por seguir un curso variable en el tiempo. El médico utiliza tres tipos de variables para poder categorizar a los pacientes en función de su gravedad: grado de obstrucción y su variabilidad, magnitud y frecuencia de los síntomas diurnos y nocturnos y necesidad de medicación broncodilatadora de rescate. Pero los efectos de la enfermedad sobre el sujeto no sólo vienen determinados por su morbilidad anatomofisiológica y funcional, sino que existen otros factores externos a la enfermedad que también están influyendo (condiciones socioeconómicas, medioambientales, factores emocionales, etc). No podemos por lo tanto evaluar lo estrictamente biológico sino una multiplicidad de factores.

Al igual que en otras patologías crónicas, los parámetros tradicionales utilizados para evaluar la gravedad de la enfermedad y su evolución temporal se correlacionan sólo de forma discreta con la calidad de vida que realmente tiene el paciente¹³. Sin embargo el grado de asociación entre calidad de vida y nivel de equilibrio psicológico (ansiedad y depresión) es mayor.

En el asma hay un hecho destacable importante y es que una proporción de pacientes presentan valores espirométricos cercanos a la normalidad y aún así el sujeto refiere un importante deterioro en su calidad de vida. Por tanto, no siempre una buena función pulmonar equivale a una buena calidad de vida, hecho que hay que tener

en cuenta sobre todo a la hora de evaluar los resultados de cualquier intervención terapéutica. No obstante, las puntuaciones de calidad de vida son reproducibles si el paciente se mantiene en situación clínica estable y cambian significativamente si la situación clínica mejora o empeora. Además, puede ayudar a definir con mayor exactitud cuál es la mínima variación de un parámetro objetivo, por ejemplo el FEV₁, que tiene repercusión para el individuo¹⁴.

La calidad de vida en los pacientes asmáticos puede evaluarse mediante cuestionarios genéricos ó específicos para enfermedades respiratorias como el SGRQ. Pero debido a la variabilidad temporal característica del asma parece más aconsejable utilizar cuestionarios específicos para esta enfermedad, como el AQLQ-M ó el AQLQ-J. En los estudios comparativos, el cuestionario específico AQLQ-M se mostró más sensible al cambio en la gravedad del asma que el genérico SF-36, y el AQLQ-J mostró unas mejores propiedades discriminativas y evaluativas que el SF-36. El AQLQ-J ha demostrado ser reproducible en los pacientes estables, sensible a los cambios clínicos que aparecen de forma natural o como respuesta al tratamiento y válido, al correlacionarse adecuadamente con los parámetros clínicos y funcionales del control del asma. No obstante, cuando se compara el SGRQ y AQLQ, no parece que sea uno mejor que el otro¹⁵.

Por lo tanto, la evaluación estandarizada de la CVRS en el asma nos abre la posibilidad de abordar de una manera más comprehensiva la morbilidad que estos pacientes presentan más allá de la alteración fisiopatológica sin más, y se constituye en un elemento de medida esencial para definir qué actitudes terapéuticas ofrecen al paciente asmático un mayor grado de bienestar.

CVRS en otras enfermedades respiratorias crónicas

- Bronquiectasias: aunque las bronquiectasias constituyen una entidad propia, comparten algunos síntomas y algunas alteraciones fisiopatológicas de otras enfermedades que cursan con obstrucción crónica al flujo aéreo. Para el estudio de la CVRS en estos paciente no se ha creado ningún cuestionario específico, sino que,

aunque todavía con escasa experiencia, se está utilizando el SGRQ. La versión inglesa y la versión china de este cuestionario se ha validado en pacientes con bronquiectasias, evidenciándose que el SGRQ era reproducible en pacientes estables, se correlacionaba con parámetros de gravedad de la enfermedad y era sensible a los cambios clínicos. Recientemente se ha validado la versión española, poniéndose de manifiesto una buena consistencia interna y una buena capacidad para discriminar entre distintos niveles de gravedad¹⁶. Lo que no se ha validado todavía en la versión española es la sensibilidad del cuestionario a los cambios.

- Enfermedad pulmonar intersticial: no existe ningún cuestionario específico para valorar la CVRS en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial. No obstante, se han validado para su utilización en este tipo de pacientes cuestionarios tanto genéricos como específicos para pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. De todos ellos el SF-36 y el SGRQ son los que mejor se correlacionan con los parámetros clínicos y funcionales¹⁷. La versión española de estos cuestionarios no está validada para su uso en este tipo de pacientes.
- Fibrosis Quística: para la valoración de la CVRS en esta enfermedad, existe un cuestionario específico, el CFQ, desarrollado por Henri B, con cuatro variantes: para adultos (48 ítems), para adolescentes (48 ítems) para niños (35 ítems) y para los padres (44 ítems). El cuestionario se puede realizar de forma autoadministrada o bien mediante un entrevistador.

Aplicabilidad del estudio de la CVRS

En la práctica clínica, la medición de la CVRS puede ser útil para monitorizar el progreso de la enfermedad, evaluar la eficacia de intervenciones terapéuticas y facilitar la identificación de áreas especialmente afectadas o cambios que pudieran pasar inadvertidos en una visita habitual. No obstante hay que tener en cuenta una serie de limitaciones a la hora de valorar la CVRS con los distintos instru-

mentos de medida. Una limitación sería por ejemplo la complejidad del cálculo de las puntuaciones (tal es el caso del SGRO). A las limitaciones propias de cada cuestionario habría que añadir otras adicionales como la dependencia de un nivel cognitivo adecuado, la influencia de los rasgos de personalidad en las respuestas o la rigidez de los periodos de referencia. Sin embargo, todas estas limitaciones no deber ser una justificación para dejar de realizar mediciones de la CVRS.

En el momento actual, las situaciones en las que se están utilizando los cuestionarios de CVRS son las siguientes:

- seguimiento epidemiológico de una población
- análisis de la respuesta a un tratamiento
- toma de decisiones sobre tratamientos poco eficaces desde el punto de vista fisiopatológicos, o al contrario, eficaces pero con escasa mejoría subjetiva por parte del paciente
- análisis global del paciente, abarcando aspectos psicosociales
- análisis de las aspiraciones del paciente y su familia frente a una enfermedad o un tratamiento

A medida que los neumólogos se vayan familiarizando con su manejo y se introduzcan cuestionarios más sencillos de completar y valorar, se irá ampliando su utilización de forma sistemática.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization División de Mental Health. Quality of life assessment. WHO/MNH/PSF 94.1, Genova World Health Organization 1994.
2. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 104: 771-776.
3. Badía X, Alonso J. Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Med Clin (Barc)* 1994; 102: 90-95.
4. Alonso J, Antó JM, Moreno C. Spanish versión of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80 (6): 704-708.
5. Güell R, Casan P, Sengenis M, Sentís J, Morante F, Borrás JM, Guyatt G. Traducción española y validación de un cuestionario de calidad de vida en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 202-210.
6. Williams JEA, Singh SJ, Sewell L, Guyatt GH, Morgan MDL. Development of a self-reported Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ-SR). *Thorax* 2001; 56: 954-959.
7. Ferrer M, Alonso J, Prieto L, Plaza V, Monso E, Marrades E, Aguar MC, Khalaf A, Antó JM. Validity and reliability of the St George's Respiratory Questionnaire after adaptation to a different language and culture: the Spanish example. *Eur Respir J* 1996; 9:1160-1166.
8. Sanjuas C, Alonso J, Sanchis J, Casan P, Broquetas JM, Ferré PJ, Juniper EF, Antó JM. Cuestionario de calidad de vida en pacientes con asma: la versión española del Asthma Quality of Life. *Arch Bronconeumol* 1995; 31 (5): 219-226.
9. Jones PW. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2001; 56: 880-887.
10. Elías Hernández MT, Montemayor Rubio T, Ortega Ruiz F, Sánchez Riera H, Sánchez Gil R, Castillo Gomez J. Results of a home-based training program for patients with COPD. *Chest* 2000; 118; 106-114.
11. Harper R, Brazier JE, Waterhouse JC, Walters SJ, Jones NMB, Howard P et al. Comparison of outcome measures for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in an outpatient setting. *Thorax* 1997; 52: 879-887.
12. Hajiro T, Nishimura K, Jones PW, Tsukino M, Ikeda A, Koyama H et al. A novel, short and simple questionnaire to measure health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1874-1878.
13. Jones PW. Assessment of the impact of mild asthma in adults. *Eur Respir Rev* 1996; 6: 57-60.
14. Jones PW. Quality of life measurements in asthma. *Eur Respir J* 1995; 8: 885-887.
15. Sanjuas C, Alonso J, Prieto L, Ferrer M, Broquetas JM, Antó JM. Health-related quality of life in asthma: a comparison between St George's Respiratory Questionnaire and the Asthma Quality of Life Questionnaire. *Qual Life Res* 2002; 11 (8): 729-738.
16. Martínez García MA, Perpiñá Tordera M, Román Sánchez P, Soler Cataluña JJ. Consistencia interna y validez de la versión española del St. George's Respiratory Questionnaire para su uso en pacientes afectados de bronquiectasias clínicamente estables. *Arch Bronconeumol* 2005; 41 (3): 110-7.
17. Chang JA, urtis JR, Patrick DL, Raghu G. Assessment of health-related quality of life in patients with interstitial lung disease. *Chest* 2000; 118(1):275.